

RAPPORT D'EXPERTS

Mandat sur la performance des soins et services aux aînés - COVID-19

Améliorer les soins de longue durée : stratégies et résilience hors Québec

**Jean-Louis Denis
Clara Champagne
Susan Usher**

Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés - COVID-19

Améliorer les soins de longue durée : stratégies et résilience hors Québec

Ce rapport a été rédigé par des experts indépendants pour le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Il vise à soutenir la démarche du CSBE dans la réalisation du mandat spécial sur la performance des soins et services aux aînés dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Bien que ces chercheurs indépendants puissent avoir des liens avec le CSBE, la responsabilité relative au contenu leur appartient en totalité. Le CSBE s'est occupé de l'édition du document, mais les vues qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les siennes dans leur totalité.

Édition

Commissaire à la santé et au bien-être

880, Chemin Ste-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2

Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
ISBN : 978-2-550-89563-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2021

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Recherche et rédaction

Jean-Louis Denis

Professeur au département de gestion, d'évaluation et de politiques en santé de l'École de santé publique, à l'Université de Montréal

Clara Champagne

Professionnelle de recherche en droit et analyse des politiques publiques

Susan Usher

Professionnelle de recherche en politiques publiques en santé et gouvernance

Révision linguistique

Mathieu Gaudet-Binet

Tradèm

Édition

Direction des communications

Graphisme

Pro-Actif

TABLE DES MATIÈRES

Contexte	6
Le mandat spécial sur les soins et les services aux personnes âgées	6
Introduction	8
Méthodologie	10
Résultats empiriques	11
Contributions pour une gouvernance performante des soins de longue durée et des soins aux personnes âgées	14
Conclusion	20
Bibliographie – Notes	22
Bibliographie – Rapports consultés	25

CONTEXTE

En mars 2020, le Québec a été frappé par la première vague de la pandémie de COVID-19, comme de nombreux pays dans le monde. Ici, l'impact s'est principalement fait sentir dans les milieux d'hébergement pour les personnes âgées. En effet, les deux tiers (64,3%) des personnes décédées de la COVID-19 entre le 1^{er} mars et le 27 juillet résidaient en CHSLD¹. Par ailleurs, les personnes âgées de 70 ans ou plus ont compté pour au-delà de 90 % des décès, même si elles formaient 13,8 % de la population.

De mars à juin, cette première vague a révélé de profondes failles dans les soins et les services aux aînés au Québec. C'est pourquoi des efforts doivent être déployés pour comprendre ce qui s'est passé et trouver des solutions pour que ces événements ne se reproduisent plus.

Le mandat spécial sur les soins et les services aux personnes âgées

En août, le gouvernement a confié au CSBE le mandat d'évaluer la performance du système de santé et des services sociaux dans le contexte de la gestion de la pandémie de COVID-19. Ce mandat touche particulièrement l'offre de soins et de services aux aînés et la santé publique.

Le CSBE se penche également sur les problèmes de gouvernance du système qui ont nui à une gestion efficace des risques associés à la COVID-19.

Dans le cadre de ce mandat, le CSBE vise à :

- déceler les failles du système de santé et des services sociaux qui nuisent à sa performance;
- proposer des solutions durables aux problèmes du système qui ont mené à la crise dans les milieux d'hébergement pour les aînés pendant la première vague de la pandémie;
- améliorer les institutions québécoises pour optimiser la performance de la Santé publique et des soins et services aux aînés.

Pour ce faire, la commissaire et son équipe porteront un regard global sur l'ensemble du système de santé et de services sociaux, au-delà des murs des CHSLD et des résidences pour personnes âgées. Les obstacles à l'implantation des améliorations ou des innovations nécessaires à la meilleure performance du système seront dûment répertoriés.

La commissaire s'appuiera sur une pluralité de données pour effectuer son mandat et formuler des recommandations en toute impartialité.

¹ INESSS, « État des pratiques : Première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec, regard sur les facteurs associés aux hospitalisations et aux décès », Québec (2020), en ligne : < https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_EP_Portrait_cohorte_COVID.pdf >

Parmi les modes de collecte de données, on retrouve, entre autres :

- un appel à témoignages de la population;
- des entrevues avec plus de 100 acteurs en santé qui étaient au cœur de la gestion de la pandémie de COVID-19;
- des sondages, des cercles de discussion ou autres auprès de groupes précis, comme du personnel destiné aux soins aux aînés;
- l'analyse approfondie des données disponibles sur le système de santé et de services sociaux;
- une revue de la littérature sur le sujet.

D'ici au dépôt du rapport final, le CSBE publiera des constats et des résultats préliminaires de son mandat sur les soins et les services aux personnes âgées dans le système de santé et de services sociaux à mesure de l'avancement des travaux.

INTRODUCTION

L'objectif du présent document est de dégager, au moyen d'une synthèse des diagnostics et des recommandations des revues de rapports sur les soins de longue durée (SLD) aux personnes âgées, des stratégies pouvant contribuer à une amélioration de la gouvernance de ce secteur et, ultimement, de la qualité et de la sécurité des SLD au Québec. La portée et les ambitions de ce rapport sont modestes. Le but est de trouver certains messages à retenir pour appuyer le travail en cours au regard de la gouvernance du système de santé et, plus spécifiquement, du secteur de la longue durée et des soins aux personnes âgées. Les événements récents associés à la pandémie et différents rapports ont montré les lacunes importantes quant aux SLD offerts au Québec, notamment sur le plan de l'organisation des soins et des ressources humaines¹. Ces lacunes ont eu pour effet d'offrir des soins jugés sous les standards en matière de qualité et sécurité et d'engendrer un taux élevé de contamination chez le personnel de la santé et les patients (Royal Society of Canada, 2020)². Une telle situation place le Québec et le Canada dans une situation défavorable en comparaison à d'autres États (Hsu et al., 2020)³. Notre analyse porte plus spécifiquement sur les éléments pouvant soutenir le développement et la mise en place d'une gouvernance performante des soins dans ce secteur, en mettant en relation certains éléments des rapports avec une littérature plus vaste sur la gouvernance des organisations et de la santé.

La situation déplorable des SLD au Québec et au Canada a été bien étudiée et a fait l'objet de nombreux rapports. Comme nous le démontrerons ci-après, les recommandations de ces rapports convergent de façon importante. Plusieurs solutions ou pistes d'amélioration avaient déjà été trouvées avant la pandémie. Le fait que ces recommandations n'ont pas été mises en œuvre est difficilement explicable compte tenu de la force des constats et des données probantes sur lesquels elles s'appuient. Il importe donc de comprendre les facteurs de nature systémique qui entravent leur mise en œuvre.

Plusieurs rapports se sont concentrés sur des enjeux précis ou, autrement dit, sur des facettes particulières de la problématique complexe des SLD. Quoique certains de ces rapports portent plus spécifiquement sur la réponse du système de SLD lors de la crise de la COVID-19, la majorité précède la pandémie. Ainsi, les recommandations faites dans ces rapports sont souvent plus générales que propres à la pandémie. De plus, les rapports étant souvent rédigés par des experts cliniques, ils ne mettent pas l'accent sur des enjeux de gouvernance. Finalement, nous avons principalement mobilisé des revues de rapports, et ce, de manière à bénéficier au maximum des nombreuses analyses déjà réalisées sur ce secteur.

Une contribution originale de notre travail est d'analyser ces recommandations de façon globale et intégrée afin de proposer un ensemble systématique et cohérent de recommandations préliminaires applicables. Ces recommandations s'appuient sur un ensemble d'éléments propices à la mise en place d'une gouvernance performante des SLD et des soins aux personnes âgées. Elles tiennent compte aussi des connaissances disponibles sur l'organisation des soins de santé et leurs implications pour le développement d'une gouvernance performante.

Le corps de notre document se décline en quatre sections. Nous présentons d'abord notre méthodologie et les quatre dimensions d'un modèle proposé d'analyse de la gouvernance. Ensuite, nous offrons sous forme de diagramme de Venn une synthèse des recommandations issues de ces rapports. Nous pouvons ainsi représenter visuellement dans quelles dimensions du modèle d'analyse de la gouvernance chacune des recommandations peut être classée et relever les aspects qui ont été priorisés ou peu développés. Nous accompagnons cette synthèse de quelques constats préliminaires découlant de notre revue des rapports. Finalement, à partir de ces constats, nous proposons une brève discussion de cinq enjeux qui nous semblent importants pour réfléchir la gouvernance des soins de longue durée aux personnes âgées.

MÉTHODOLOGIE

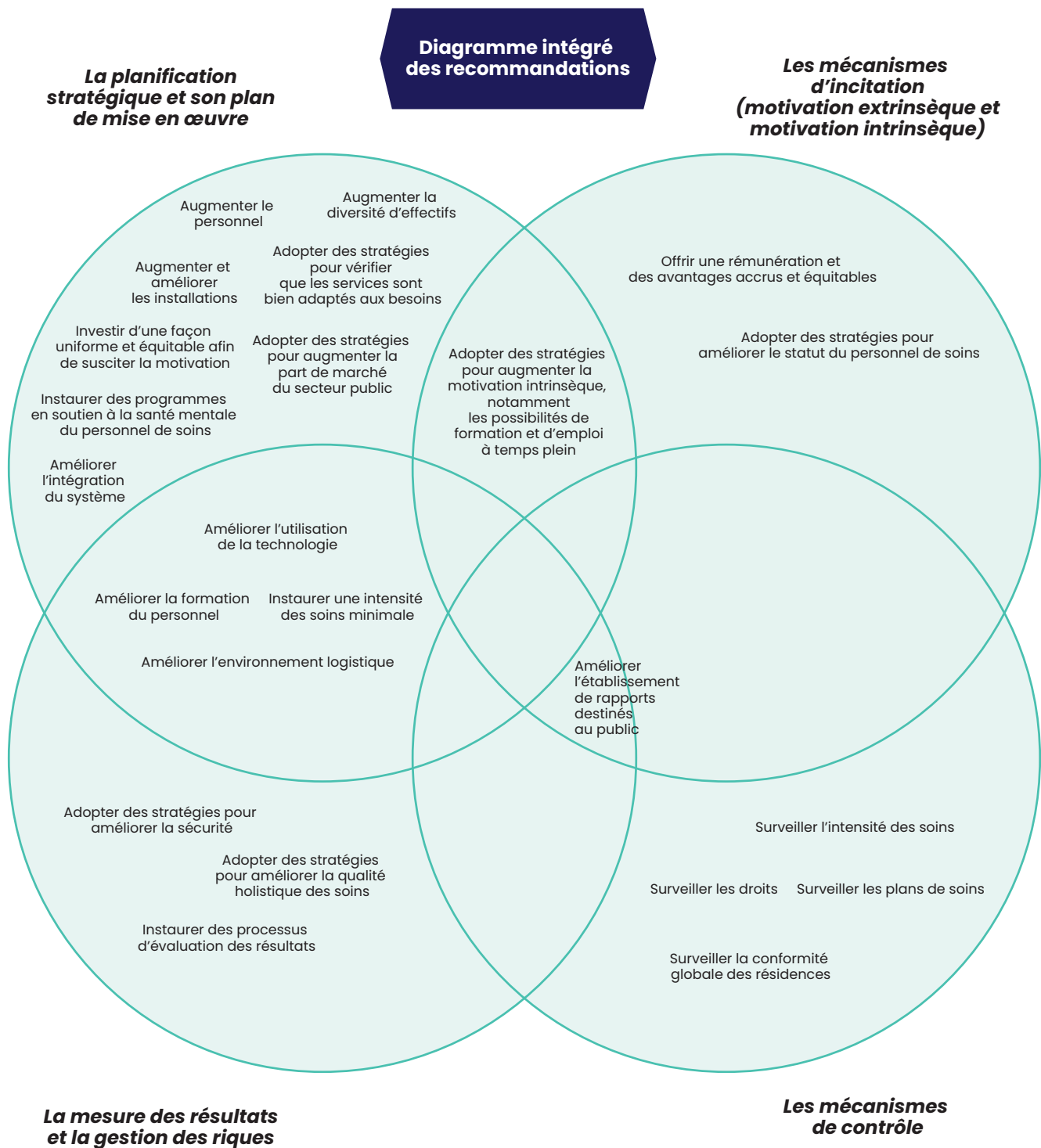
Nous avons analysé le contenu de **24** rapports, principalement des revues de rapports, portant sur l'état et les stratégies d'amélioration des soins de longue durée (SLD) hors Québec. Les ressources analysées dans ces rapports réfèrent autant aux milieux de soins dits de longue durée qu'aux résidences pour personnes âgées (*retirement homes*). Ces rapports donnent accès à des informations agrégées et analysées par des comités d'experts. Quoique résultant de démarches indépendantes d'analyse, ils présentent des degrés de convergence importants en ce qui a trait aux diagnostics et aux stratégies d'amélioration des soins et services dans ce secteur. Certains aspects de l'organisation des soins et des services aux personnes âgées sont aussi moins abordés dans ces rapports et seront cernés en cours d'analyse. Les recommandations des 24 rapports sont catégorisées en fonction des quatre dimensions du modèle d'analyse de la gouvernance adopté par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) [*Cadre d'analyse de la gouvernance des systèmes de santé*, Commissaire à la santé et au bien-être, 2021, document en élaboration]. Ces quatre dimensions peuvent être résumées comme suit :

1. **La planification stratégique et son plan de mise en œuvre** : cette première dimension englobe tout l'exercice visant à assurer la cohérence de l'organisation avec sa mission et ses objectifs, incluant la détermination des orientations, des objectifs prioritaires, de la structure organisationnelle, des cibles et des stratégies pour les atteindre, notamment celles liées aux ressources humaines, matérielles et financières.
2. **Les mécanismes de contrôle** : cette dimension correspond aux moyens par lesquels on veille à la mise en œuvre des stratégies. Son but est d'assurer la conformité des comportements des personnes ou des organisations à l'état des choses souhaité, notamment l'utilisation optimale des ressources; l'intégrité des pratiques; la qualité et la sécurité des soins; et l'efficience.
3. **Les mécanismes d'incitation** : cette dimension vise à orienter les comportements des acteurs vers les objectifs de l'organisation et du système de santé. Sont répertoriés dans cette catégorie essentiellement les modes de paiement et de rémunération, les contrats orientés sur les résultats et la publication de données comparatives sur les résultats atteints par les prestataires.
4. **La mesure des résultats et la gestion des risques** : cette dernière dimension a pour but d'assurer en continu l'atteinte des résultats souhaités et de **gérer les risques** associés à la possibilité de ne pas les atteindre. Il s'agit de comprendre les divergences entre résultats attendus et résultats obtenus et de déterminer les mesures correctives à prendre au besoin.

RÉSULTATS EMPIRIQUES

La figure 1 présente une organisation des recommandations des différents rapports en fonction des quatre dimensions du *Cadre d'analyse de la gouvernance des systèmes de santé* du CSBE.

Figure 1. Diagramme intégré des recommandations



La classification des recommandations des revues de rapports en fonction des quatre dimensions du modèle d'analyse de la gouvernance du CSBE donne lieu à six observations :

1. Les recommandations se distribuent par ordre décroissant dans les quatre dimensions de la gouvernance, de la manière suivante : planification stratégique et plan de mise en oeuvre; mesure des résultats et gestion des risques; mécanismes de contrôle; mécanismes d'incitation.
2. La fréquence élevée des recommandations retrouvées dans les catégories *planification/structure* et *gestion des risques/évaluation*, ainsi qu'à l'intersection de ces deux dimensions, montre l'importance qu'il faut accorder au développement des **capacités** dans ces milieux, incluant la question du développement de standards appropriés de soins afin d'offrir des soins sécuritaires et de qualité. La question des capacités comprend à la fois des éléments se rapportant aux ressources humaines (quantité, disponibilité, profils et expertises), aux systèmes de gestion, aux outils permettant d'aligner l'offre de soins en fonction d'objectifs de production de valeur pour le patient ou la patiente et pour le système de santé, et au *monitoring* des soins offerts.
3. Le faible niveau de recommandations autour de l'incitation montre qu'il s'agit d'un élément peu développé dans les stratégies d'amélioration proposées. Les recommandations sur l'incitation portent principalement sur la question de la formation et du statut d'emploi de catégories de main-d'œuvre jouant un rôle important dans le secteur des SLD. Le statut peu enviable de cette main-d'œuvre (préposés aux bénéficiaires, par exemple) fait l'objet d'une attention particulière. Plusieurs des rapports consultés ne présentent pas de réflexions étendues sur la question de la professionnalisation ou du rehaussement des profils de formation du personnel de ces milieux de soins, ce qui est pourtant un enjeu important pour mieux répondre aux besoins. On semble aussi accorder peu d'attention aux mécanismes alternatifs de financement du secteur visant à inciter ces milieux à générer les résultats souhaités.
4. L'intersection des dimensions *planification/structure* et *incitation* donne à penser que le statut des employés et le développement de la main-d'œuvre peuvent dépendre entre autres du statut de propriété des établissements. Le secteur des SLD est un secteur hybride regroupant des fournisseurs de soins qui sont parfois sous la responsabilité de la puissance publique et parfois non.
5. Quant au *monitoring* exercé sur le secteur, certains rapports soulignent celui des droits des personnes et soulèvent également, à l'intersection du *monitoring*, de l'incitation et de la gestion des risques, la question d'avoir un *monitoring* public, selon un processus transparent et fondé sur des indicateurs de résultats. Cet élément est jugé crucial pour que la responsabilité des acteurs et organisations de ce secteur soit tangible et bien visible tant pour les acteurs et organisations responsables de dispenser les soins que pour les payeurs ou bailleurs de fonds et la population. Le pouvoir et le devoir d'agir en réponse à des rapports d'inspection ou à des évaluations-*monitoring* de la qualité et de la sécurité des soins de ce secteur font l'objet d'une préoccupation croissante. Deux points particuliers sont soulevés :
 - 1) L'importance de clarifier qui est responsable d'offrir des soins et services sécuritaires et de qualité et quelles sont les conséquences pour les acteurs et les organisations publiques de ne pas répondre aux normes reconnues ou communes ou, pour les prestataires du secteur privé, de ne pas satisfaire les attentes signifiées aux contrats.

- 2) La capacité d'agir et de responsabiliser les acteurs (soit, de faire en sorte qu'ils se sentent concernés par l'atteinte des résultats et d'assortir des conséquences au fait de ne pas les atteindre), est limitée par le manque chronique de disponibilités sur le plan de l'offre dans ce secteur. Cela a pour effet de limiter la volonté des pouvoirs publics de fermer des établissements ou des ressources fournissant de façon récurrente des soins jugés sous-optimaux, et leur propension à le faire. Il est difficile de fermer un établissement s'il n'y a pas d'autres ressources disponibles pour prendre le relais dans l'hébergement et les soins des résidents ou patients. Ainsi, en pratique, les mécanismes de contrôle, d'inspection et de responsabilisation peuvent être inopérants en situation d'offre insuffisante de soins et services dans ce secteur. Ce constat pose la question des conditions à remplir pour que la puissance publique puisse être en mesure d'exercer un contrôle et une régulation adéquats de ce secteur. Il soulève aussi la question de l'importance d'assurer une offre suffisante de soins et services pour limiter une trop grande dépendance à certains fournisseurs.
6. L'analyse des rapports permet aussi de dégager des aspects à considérer pour renforcer le secteur des SLD et pour développer un secteur performant. Ces éléments, sur lesquels nous reviendrons, portent sur la qualité de la gestion des ressources humaines dans ce secteur, les approches ou perspectives d'intervention qui structurent l'offre de SLD et les stratégies de dynamisation du secteur, incluant la question du financement approprié des organisations de SLD. Comme plusieurs rapports le soulignent, la question du développement et de l'expansion des soins aux personnes âgées hors établissement est cruciale et pose aussi des enjeux importants en matière de ressources humaines, de financement et de dynamisation de ce secteur. Ces aspects sont repris à la section suivante et, entre autres, dans les éléments que nous dégageons des rapports et qui sont susceptibles de contribuer à une gouvernance performante des soins de longue durée et des soins aux personnes âgées.

CONTRIBUTIONS POUR UNE GOUVERNANCE PERFORMANTE DES SOINS DE LONGUE DURÉE ET DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

L'analyse du contenu des rapports consultés permet de dégager cinq pistes préliminaires d'amélioration de la performance des soins de longue durée.

1. *Le contenu, la légitimité et l'effectivité de normes et de standards relatifs au personnel pour les soins de longue durée*

Une préoccupation constante a trait aux normes et aux standards en matière de ressources humaines visant à assurer la qualité et la sécurité des soins et à produire de la valeur sur le plan de la santé et du bien-être. Il s'agit ici de garantir une disponibilité suffisante de personnel bien formé et compétent pour offrir un accès raisonnable à une quantité de soins et de services appropriée. Dans le milieu des SLD, les rapports évoquent le recours à une norme d'environ quatre heures de soins directs par résident ou résidente, par jour. Ces soins directs aux personnes en situation d'hébergement sont assumés en majorité par du personnel dont le statut et la formation sont peu valorisés dans le domaine de la santé, rendant difficiles le recrutement et la rétention du personnel. Les auteurs de presque tous les rapports consultés soulignent que la disponibilité actuelle de personnel est insuffisante et ne permet pas d'atteindre cette norme. Par ailleurs, une norme de soins directs ne garantit pas en soi que les soins offerts répondent aux besoins du patient ou de la patiente. De plus, une quantité déterminée de personnel ne garantit pas une offre de soins adéquate. Pour les fins du présent rapport, retenons qu'il est difficile, voire impossible, d'assurer une offre de soins productrice de valeur sur le plan de la santé et du bien-être si la disponibilité du personnel est insuffisante. Par ailleurs, la disponibilité suffisante du personnel ne fait pas en sorte que l'offre de soins soit adéquate, puisqu'il faut retrouver dans les établissements la diversité d'effectifs et le profil de compétences et d'expertise requis. Plusieurs rapports appellent à l'adoption de normes nationales (national standards), de façon à garantir une dotation adéquate en personnel des établissements de longue durée et des résidences au Canada. De plus, certains rapports mentionnent l'importance de développer des mécanismes pour veiller au respect d'une dotation minimale en personnel dans chaque établissement de SLD et chaque résidence pour personnes âgées.

Si la question de normes et de standards nationaux ne fait pas l'unanimité, il importe de souligner que les gouvernements provinciaux, qui sont directement responsables de l'offre de soins et de services sur leur territoire, doivent être en mesure de garantir une dotation suffisante en personnel pour assurer les soins requis aux personnes en situation d'hébergement. La question des normes et des standards ne s'arrête cependant pas au rôle des préposés aux bénéficiaires (PAB) dans ce secteur : elle doit aussi être examinée du point de vue des profils et équipes cliniques nécessaires pour soutenir une offre de soins devant répondre à des besoins de plus en plus complexes. Les rapports abordent peu les obstacles systémiques à l'amélioration de la situation sur le plan des ressources humaines dans les secteurs de la longue durée. Nous y reviendrons.

2. *La professionnalisation des soins et des services offerts aux personnes âgées*

La deuxième piste à explorer touche à la professionnalisation du personnel dans le secteur des SLD et des soins aux personnes âgées hors établissement. Elle permet de préciser certains aspects des ressources humaines discutés au point 1. Par professionnalisation, nous entendons ici la disponibilité et la diversité de ressources humaines formées pour offrir des soins globaux, de qualité et sécuritaires aux personnes âgées ou en situation de vulnérabilité. Ce que nous

avons précédemment défini comme des soins producteurs de valeur sur le plan de la santé et du bien-être. La majorité des rapports consultés soulignent l'importance d'attirer et de retenir dans ces secteurs une main-d'œuvre qualifiée et requise pour la mise en place d'équipes multidisciplinaires (team-based care) [Reiss-Brennan et al., 2016]⁴, de manière à améliorer la globalité des soins, c.-à.-d. pour pouvoir offrir aux patients ou aux personnes âgées les soins biopsychosociaux dont ils et elles ont besoin. On parle donc de l'embauche de personnel ou de l'attraction de professionnels pour répondre aux besoins des résidents, et ce, non seulement des PAB, mais aussi des infirmières et infirmiers, des médecins et autres professionnels de la santé et personnel paramédical (psychologues, travailleuses et travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc.). La question du développement de cursus de formation qui privilégient pour les professionnels et intervenants en formation l'acquisition de connaissances et d'expériences auprès de ces secteurs est jugée primordiale pour résoudre progressivement le manque de main-d'œuvre. Finalement, les auteurs des rapports suggèrent d'embaucher du personnel permanent à temps plein ou à temps partiel (donc d'éviter au maximum le personnel contractuel). L'augmentation de la stabilité du personnel contribuerait à améliorer la qualité, la sécurité, la continuité et l'humanisation des soins. Une stabilité accrue pourrait aussi, dans certaines conditions, favoriser l'engagement et la motivation du personnel.

La question de la professionnalisation est complexe, et ce, pour différentes raisons. Il importe de mentionner que la professionnalisation d'un milieu ne garantit pas nécessairement une meilleure réponse aux besoins ressentis par les personnes ou leurs proches ni une collaboration suffisante entre différents professionnels (Tsakitzidis, 2016)⁵. La professionnalisation de la main-d'œuvre vise ici à souligner l'importance de rehausser les formations dans ces secteurs et d'accroître la participation de professionnels jugée essentielle à une offre de soins conforme aux normes et aux standards reconnus et communs. Les discussions ayant cours sur les limites de l'approche centrée sur les milieux de vie relativement aux carences observées dans plusieurs milieux de longue durée montrent l'importance d'établir les conditions qui permettent d'assurer une main-d'œuvre clinique à la mesure de la complexité des besoins. Encore là, un tel redressement ne peut se réaliser sans l'apport d'une gouvernance orientée vers une intégration dans les politiques de la question des ressources humaines. Au Canada, les travaux récents mettent en évidence des lacunes importantes dans les politiques se rapportant aux ressources humaines dans le domaine de la santé, ainsi qu'un manque d'harmonisation des ressources avec les besoins de santé prioritaires ou naissants (Bourgeault et al., 2014). Un constat semblable a aussi été fait quant à l'importance accordée aux politiques se rapportant aux ressources humaines sur la scène internationale (Dussault, 2015)⁶. Si des débats sont en cours sur la légitimité et l'à-propos de stratégies nationales en santé au Canada, il importe de souligner ici qu'il s'agit de bien saisir la dimension systémique des ressources humaines en santé et l'importance de ne pas percevoir la question des RH comme un enjeu de gestion strictement local. À cet égard, les modèles actuels d'analyse des RH en santé mettent l'accent sur cinq dimensions à considérer pour assurer un meilleur alignement des ressources sur les besoins (Kuhlmann et al., 2015 – voir le point 4 de la présente section)⁷.

3. La difficile performance d'un modèle hybride de l'offre et l'importance d'assurer une régulation suffisante du secteur des soins de longue durée et des soins aux personnes âgées

Les sous-secteurs de la longue durée, des résidences pour personnes âgées et des soins hors établissement ont fait l'objet de développements diversifiés au Canada. Ces sous-secteurs sont pluralistes ou hybrides, en ce sens que des producteurs privés ou semi-privés y assument fréquemment des responsabilités importantes en matière d'offre de soins et de services. Il s'agit aussi de sous-secteurs hybrides où le financement privé peut jouer un rôle important. De plus, le fait d'être sous la responsabilité directe de la puissance publique ne garantit pas en soi

une offre de soins et de services adéquate, et ce, relativement à différents aspects. Le contexte de la pandémie a été révélateur sur ce point. Cette troisième préoccupation récurrente dans les rapports se rapporte au fait de prioriser le développement du secteur public ainsi que la régulation publique du secteur privé. Le Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) émet des réticences quant à la capacité du secteur privé à relever les défis d'une offre de soins à valeur ajoutée dans le secteur de la longue durée :

L'une des décisions qui ignore le plus clairement cette réalité est l'augmentation des services de soins privés [...] Les services du secteur privé sont plus fragmentés et plus susceptibles d'être fermés, et l'un de leurs principaux objectifs est de faire un profit. Les études démontrent que les résidences privées à but lucratif ont tendance à fonctionner avec moins de personnel, à recevoir davantage de plaintes vérifiées, à voir davantage de transferts hospitaliers et à avoir plus de cas d'ulcères et de morbidités. De plus, comme elles sont gérées comme des entreprises, ces résidences n'affectent aux tâches que le minimum de personnel nécessaire dans le but de faire un profit, et non d'offrir les meilleurs soins. Pour éviter de devoir fournir des avantages sociaux et autres, les résidences embauchent donc du personnel autonome occasionnel au salaire le plus bas possible et à temps partiel. Comme nous l'avons constaté avec le SRAS et la COVID-19, ces travailleurs et travailleuses ne peuvent se permettre de rester à la maison lorsqu'ils et elles sont malades et sont alors susceptibles de propager des infections d'un endroit à l'autre. En plus de chercher à faire des économies sur l'embauche du personnel, ces résidences sous-traitent des pans entiers de services comme l'entretien ménager, la lessive, la nutrition et la sécurité. Cette situation amène encore plus de personnes chaque jour dans les résidences, des personnes qui posent un risque et qui deviennent à risque, en plus de nuire au travail d'équipe. Elles ne sont en outre pas nécessairement formées pour travailler dans un milieu de soins, ni testées avant d'entrer dans les établissements⁹. [traduction](Armstrong et al., 2020).

Les problèmes soulevés par la participation du secteur privé ne seraient pas manifestes qu'en période de pandémie. Ce type d'analyse devrait prendre en compte la question de la diversité des clientèles et des besoins. Les travaux du CCPA nous alertent sur un point important : le secteur de la longue durée et des soins et services offerts en situation d'hébergement a besoin d'une régulation forte et de modes de financement et d'incitation afin d'assurer la production de soins et de services selon des normes et des standards reconnus ou communs. Cela est tout aussi important pour les secteurs public ou privé (Maynard, 2013)⁹. Tout en acceptant que les SLD sont prodigués dans un environnement pluraliste, et en reconnaissant les lacunes de l'offre publique, il faut augmenter et améliorer la régulation de l'ensemble du secteur, et ce, tant pour les établissements dits publics que pour ceux dits privés. Cela devra mener à une réflexion sur la complexité et la teneur des relations mandants-mandataires en santé et sur la capacité de traduire et de réaliser des attentes par des mécanismes informationnels et relationnels dont, entre autres, le recours à la contractualisation. Une analyse fine des pratiques actuelles en matière de contrats devrait permettre d'établir les paramètres propices à une délégation efficace auprès des fournisseurs de soins et de services dans ce secteur. Il faudra aussi vraisemblablement se doter de mécanismes puissants d'incitation et d'inspection afin d'assurer la mise en place d'un régime de responsabilisation favorable à l'atteinte des résultats souhaités.

Dans l'ensemble, il appert que sur le plan de la gouvernance, la puissance publique doit créer un environnement facilitant et des régulations appropriées pour favoriser le développement d'une offre de soins et de services susceptible de répondre aux besoins de santé des personnes en situation d'hébergement.

4. *L'intégration systémique des politiques financières, informationnelles et de ressources humaines pour soutenir une offre de soins et de services optimale*

La quatrième préoccupation relevée dans les rapports concerne l'intégration des SLD aux autres composantes du système de soins et de santé. Cette préoccupation à l'égard de l'intégration des soins et services et de la gestion harmonieuse des transitions entre différents milieux de soins ne date pas d'hier (Valentijn, 2013)¹⁰. La collaboration entre acteurs et organisations de soins relevant d'autorités distinctes sur le plan de la gouvernance a fait l'objet de nombreux travaux dans le domaine de la santé (Exworthy et al., 2017; Nicholson, 2013)¹¹. Il importe de souligner l'importance des leviers systémiques dans l'intégration des soins et services de longue durée et des soins aux personnes âgées.

Sur ce point, les travaux actuels sur les ressources humaines en santé (RHS) vont dans le sens d'une plus grande intégration de ces problématiques dans les politiques publiques (Dussault, 2015; Kuhlmann et al., 2015). Les modèles expérimentés au Québec par le passé, comme les comités mixtes sur la planification des effectifs médicaux, peuvent être une source d'inspiration pour accroître notre capacité à assurer une disponibilité des RH suffisante dans ce secteur. À cet égard, Kuhlmann et al. (2015) proposent cinq dimensions pour l'analyse des RHS. Ces dimensions sont chacune structurées autour de la notion d'intégration, soit : 1) l'intégration systémique; 2) l'intégration sectorielle; 3) l'intégration professionnelle; 4) l'intégration de genre; 5) l'intégration socioculturelle.

- 1) La dimension systémique, où les politiques en matière de formation assurent une arrivée sur le marché du travail d'une quantité suffisante de personnel dotée d'une formation adéquate.

Il s'agit, compte tenu de la capacité limitée des organisations à compenser le manque de main-d'œuvre, d'une responsabilité gouvernementale et d'un élément critique à la gouvernance des RH.

- 2) La dimension sectorielle, selon laquelle les RH de différents secteurs travaillent en collaboration pour offrir les soins les plus appropriés et à valeur ajoutée.

La question de systèmes de soins intégrés, discutée et étudiée depuis longtemps en santé, comprend la dimension sectorielle des RH. Là encore, la constitution de systèmes dits intégrés de manière à optimiser la chaîne de valeur de la production des soins renvoie à plusieurs éléments de gouvernance, dont l'incitation, les capacités informationnelles et le financement. Ces éléments ne relèvent pas entièrement d'organisations individuelles de soins. La coordination des activités des différents établissements et milieux de soins est jugée cruciale pour une gestion plus optimale des trajectoires des patients ou des personnes en tant qu'usagers des soins et des services.

- 3) La dimension professionnelle des RH, qui renvoie à la capacité à mettre en place des équipes cliniques multiprofessionnelles et multi-intervenants susceptibles de produire les soins requis.

Cette dimension des RH est en partie régie par les organisations de soins, mais commande une main-d'œuvre disponible et formée en fonction des besoins de santé. L'intégration professionnelle renvoie plus précisément à la création d'équipes cliniques multidisciplinaires efficaces en milieu de soins, c'est-à-dire qu'il faut une présence professionnelle suffisante sur le plan des soins infirmiers, de la médecine et des professions de la réadaptation et du travail social.

Enfin, les questions d'équité entourant les RH dans le secteur de la longue durée, et aussi dans le secteur dit communautaire, sont importantes et ne peuvent se résoudre uniquement à l'échelle locale. La question du statut et du rôle des PAB et des infirmières auxiliaires, comme celle de la valorisation suffisante de plusieurs professions de la santé dans la récente pandémie, en témoigne.

- 4) L'intégration de genre, qui consiste à limiter et idéalement à abolir la segmentation du secteur de la santé autour de démarcations de genre et à s'assurer d'une reconnaissance équitable des différents métiers et professions, et ce, indépendamment des phénomènes de concentration sur le plan du genre.
- 5) L'intégration socioculturelle, qui renvoie à l'inclusion de groupes racisés dans l'ensemble des professions de la santé et à l'élimination de ghettos professionnels, qui sont souvent source de discrimination ou de reconnaissance à géométrie variable par les ressources humaines.

La gouvernance du secteur des SLD doit donc s'appuyer sur un ensemble de politiques délibérées en matière de ressources humaines pour éliminer les obstacles structurels associés aux manques de capacités observés dans ce secteur.

La disponibilité d'informations sur les parcours de soins (utilisation des soins et des services, état de santé des personnes, résultats des interventions) est aussi essentielle à une meilleure intégration des soins et services et, ultimement, à des soins plus sécuritaires et de meilleure qualité (INESSS, 2019; Levesque et Sutherland, 2017)¹². Elle est un élément fondamental de l'appréciation de la performance du système de santé. Là encore, la question de la continuité informationnelle et de la suffisance des informations disponibles aux différents niveaux d'intervention ne peut être laissée uniquement à des responsables d'établissement ou à des fournisseurs de soins locaux. Dans les systèmes de santé performants, les renseignements sont accessibles de manière à permettre l'appréciation de la performance d'un secteur, des organisations et des équipes cliniques ainsi que des bénéfices pour les patients ou les usagers (Menear et al., 2019)¹³.

Enfin, la question du financement et de l'incitation est peu abordée dans les rapports consultés. Outre la question de la valorisation de la main-d'œuvre dans le secteur de la longue durée, il y a peu d'attention portée aux stratégies de financement des organisations ou des producteurs de soins pour favoriser une optimisation de l'offre de soins dans ce secteur. Ce constat étonne compte tenu de l'attention grandissante depuis plusieurs années à l'égard des modèles alternatifs de type assurantiel ou mutuel (assurance autonomie) pour la dynamisation de l'offre de soins et de services aux personnes âgées (Hébert, 2012)¹⁴. Les mécanismes alternatifs de financement devraient permettre de contrecarrer la tendance

qu'ont les systèmes de santé canadiens à affecter en priorité les ressources aux soins actifs et spécialisés et à négliger les secteurs des SLD et des soins aux personnes âgées (Usher et al., 2020)¹⁵. Il est important de souligner que l'ensemble des rapports consultés montrent que le financement et l'incitation, incluant la contractualisation, ne permettraient pas d'améliorer les soins et les services sans une forte régulation du secteur sur le plan des ressources humaines. En outre, plusieurs rapports soulignent l'importance de rendre publics les rapports et données de performance des établissements. Il a en effet été démontré que cette pratique constitue pour les gestionnaires et les professionnels un incitatif important à fournir des soins de meilleure qualité (Contandriopoulos et al., 2014)¹⁶.

5. *Incitation et motivation des fournisseurs de soins et des organisations*

La cinquième préoccupation soulevée par les rapports est qu'il faut mettre en place des stratégies pour améliorer la motivation des acteurs à plusieurs niveaux. Herzberg (1968) explique que :

[L]es facteurs contribuant à la satisfaction au travail (et à la motivation) sont entièrement distincts de ceux qui contribuent à l'insatisfaction, [...] ces deux sentiments n'étant pas contradictoires [...] Il est question, ici, de deux ensembles de besoins humains différents. Un premier ensemble peut être vu comme découlant de la nature animale de l'être humain : le désir inné d'éviter la douleur dans son milieu, et les motivations acquises qui serviront à combler des besoins biologiques élémentaires. Par exemple, pour assouvir sa faim, un besoin biologique élémentaire, il faut gagner de l'argent. Gagner de l'argent devient alors une motivation précise. L'autre ensemble de besoins est lié à cette capacité propre à l'humain de s'épanouir psychologiquement par l'accomplissement [...] La croissance ou les facteurs de motivation intrinsèques du travail sont l'accomplissement, la reconnaissance, le travail même, la responsabilité et la croissance ou l'avancement. Les facteurs d'évitement de l'insatisfaction ou d'hygiène extrinsèques du travail sont la gouvernance et l'administration de l'entreprise, la supervision, les relations interpersonnelles, les conditions de travail, le salaire, le statut et la sécurité¹⁷. [traduction] (Herzberg, 2003).

Ainsi, les facteurs d'hygiène (comme le salaire, les conditions de travail, etc.) sont importants, mais ils ne suffisent pas. Il faut aussi agir sur les facteurs de satisfaction (motivation intrinsèque) comme la participation à la prise de décisions, la nature du travail à accomplir, l'avancement, les capacités de croissance et de perfectionnement professionnels, la reconnaissance, etc. (Herzberg, 2017)¹⁸. Il importe de mieux valoriser l'engagement des employés dans leur travail et de créer une culture organisationnelle propice à un tel engagement. Plusieurs des leviers d'amélioration à ce chapitre sont accessibles aux organisations, à la condition que les aspects rémunération et adéquation des formations initiales soient réglés à l'échelle du système de santé tout au moins pour assurer des seuils acceptables. Il en est de même pour la question de la disponibilité suffisante de main-d'œuvre, qui, comme nous l'avons souligné, ne peut être résolue entièrement et convenablement par des initiatives de gestion locale.

CONCLUSION

La dernière section vise à faire une analyse critique du matériel consulté et à proposer des pistes à explorer pour favoriser l'amélioration de la gouvernance. Le modèle de gouvernance performante devrait tenir compte des spécificités de l'industrie de la santé et des enjeux que comporte l'offre de soins de haut niveau aux personnes âgées en situation d'hébergement ou hors établissement. Trois pistes issues de l'analyse fournie dans le présent rapport méritent d'être approfondies :

1. La complexité de la relation de délégation entre mandants et mandataires et ses implications pour la mise en place de régimes de responsabilisation appropriés et performants.

Cette situation exige d'intervenir à l'échelle systémique en adoptant des politiques en matière de main-d'œuvre, de financement et de la régulation, incluant l'inspection, qui favorisent la dispensation de soins et de services intégrés et de qualité aux personnes âgées. La gouvernance des SLD et des soins aux personnes âgées se joue donc à plusieurs niveaux, allant des politiques gouvernementales visant à structurer et à financer le secteur à la mise en place d'une gouvernance clinique solide, en passant par les incitations et politiques structurant le comportement des fournisseurs de soins et des organisations. Du point de vue de la gouvernance, il importe que les politiques établies à l'échelle du système de santé s'appuient sur une vision cohérente du développement des SLD et soient en phase avec les défis rencontrés par les prestataires de soins et de services de ce secteur (Touati et al., 2019)¹⁹.

2. Les incitations et stratégies, afin qu'une attention plus grande soit portée aux connaissances scientifiques dans le développement de l'offre de soins et de services aux personnes âgées en établissement et hors établissement.

Les travaux des vingt dernières années sur la qualité et la sécurité des soins en santé ont permis plusieurs apprentissages importants, dont celui-ci : la qualité des formations, l'engagement individuel des membres du personnel et le professionnalisme dont ils font preuve sont insuffisants pour garantir des soins optimaux en fonction des plus hauts standards (Baker et al., 2010; Mannion et Davies, 2018)²⁰. Ce constat a mené à des développements importants en matière de gouvernance clinique, fondés sur le postulat qu'un environnement organisationnel riche en informations et en processus d'analyse et d'apprentissage est propice à une amélioration continue des soins. Bohmer (2011)²¹ fait état de quatre ingrédients fondamentaux aux unités de production clinique hautement performantes et à valeur ajoutée : 1) la planification, dont celle fondée sur les besoins, incluant la spécification, soit la formalisation et la mise en protocole ou en guide de ce qui doit être fait et peut être anticipé relativement à des situations cliniques courantes ou exceptionnelles. La question de la segmentation de la population (Chong et al., 2019)²², de manière à bien cerner les besoins et les interventions appropriées, doit aussi être considérée dans la planification; 2) la mise en place de stratégies délibérées de conception de microsystèmes cliniques pour prendre en charge des segments homogènes et spécifiques de la population (ressources humaines, information, technologies, espaces physiques et politiques en matière de soins); 3) la mesure et le suivi des processus et des résultats cliniques à des fins d'amélioration continue des soins et des interventions; et 4) l'analyse critique des pratiques courantes (*self-study*), dont l'analyse des déviations positives et négatives à des fins d'apprentissage et d'amélioration. La mise en œuvre d'une gouvernance clinique performante commande aussi des appuis et des ressources sur le plan des politiques et du système.

3. Le développement des capacités de tout ordre et à tous les niveaux du système de santé est fondamental, mais fait souvent l'objet de peu d'attention.

Les travaux actuels sur les capacités relatives à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques (*policy capacity*) nous invitent à tenir compte de cet enjeu pour le développement d'une gouvernance performante (Wu et al., 2015)²³. Plus précisément, et à titre d'exemple, à l'échelle gouvernementale et ministérielle, des capacités analytiques doivent être en place pour documenter et suivre la performance du secteur des SLD. Sur le plan des capacités opérationnelles, le gouvernement et ses ministères doivent pouvoir s'assurer du respect des contrats et des cibles de performance au moyen de mécanismes efficaces de contrôle et d'inspection. Il doit aussi y avoir une expertise disponible pour appuyer les prestataires de soins et de services de longue durée dans leur recherche de performance et de réponse adéquate aux besoins de santé des personnes âgées.

En conclusion, la revue des revues de rapports a permis de mieux comprendre comment le domaine des soins de longue durée a été abordé et apprécié. Elle a aussi montré que plusieurs des recommandations formulées peuvent guider nos travaux en vue de faire évoluer la gouvernance de ce secteur. De plus, notre analyse a révélé que les rapports d'appréciation des SLD abordent peu ou pas certains paramètres de fond comme la question du financement, de l'incitation, de la responsabilité et leurs implications pour une gouvernance clinique à valeur ajoutée. L'amélioration de la gouvernance des SLD passe par une meilleure compréhension des répercussions des politiques à l'échelle du système de santé sur le comportement des organisations et des prestataires de soins et de services.

BIBLIOGRAPHIE – NOTES

1. PROTECTEUR DU CITOYEN, Rapport d'étape du Protecteur du citoyen, La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie, Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées, Québec, Décembre 2020, en ligne : < https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/rapport-etape-premiere-vague-covid-19-chsld.pdf > (PDF); COMMANDEMENT DE LA COMPOSANTE TERRESTRE, FORCE OPÉRATIONNELLE INTERARMÉES (EST), Observations sur les centres d'hébergement de soins de longue durée de Montréal, Montréal, Mai 2020; DUBOIS, C.-A., Cirano, COVID-19 et main-d'œuvre en santé. Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels, Cirano, 2020-RB-05, Rapport Bourgogne, Juillet 2020, en ligne : < <https://cirano.qc.ca/files/publications/2020RB-05.pdf> > (PDF).
2. Royal Society of Canada. (2020). *Restoring trust : COVID-19 and the future of long-term care*.
3. Hsu, A. T., Lane, N. E., Sinha, S. K., Dunning, J., Dhuper, M., Kahiel, Z. et Sveistrup, H. (2020). *Report : Understanding the impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes – ongoing challenges and policy responses*. International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE. https://www.researchgate.net/publication/341117887_Report_Understanding_the_impact_of_COVID-19_on_residents_of_Canada%27s_long-term_care_homes_-_ongoing_challenges_and_policy_responses
4. Reiss-Brennan, B., Brunisholz, K. D., Dredge, C., Briot, P., Grazier, K., Wilcox, A., Savitz, L. et James, B. (2016). Association of integrated team-based care with health care quality, utilization, and cost. *JAMA*, 316(8), 826-834.
5. Tsakitidis, G., Timmermans, O., Callewaert, N., Verhoeven, V., Lopez-Hartmann, M., Truijen, S., Meulemans, H. et Van Royen, P. (2016). Outcome indicators on interprofessional collaboration interventions for elderly. *International Journal of Integrated Care*, 16(2).
6. Dussault, G. (2016). Bringing the health workforce challenge to the policy agenda. Dans E. Kuhlmann, R. H. Blank, I. L. Bourgeault et C. Wendt (dir.), *The Palgrave international handbook of healthcare policy and governance* (p. 273-288). Palgrave Macmillan.
7. Kuhlmann, E., Groenewegen, P. P., Batenburg, R. et Larsen, C. (2015). Health human resources policy in Europe. Dans E. Kuhlmann, R. H. Blank, I. L. Bourgeault et C. Wendt (dir.), *The Palgrave international handbook of healthcare policy and governance* (p. 289-307). Palgrave Macmillan.
8. Armstrong, P., Armstrong, H., Choiniere, J., Lowndes, R. et Struthers, J. (2020). *Re-imagining long-term residential care in the COVID-19 crisis*. Canadian Center for Policy Alternatives. <https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2020/04/Reimagining%20residential%20care%20COVID%20crisis.pdf>
9. Maynard, A. (2013). Health care rationing : doing it better in public and private health care systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(6), 1103-1127.
10. Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. et Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care : a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(e010). <https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.886>

11. Nicholson, C., Jackson, C. et Marley, J. (2013). A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world—results of a systematic review. *BMC Health Services Research*, 13, 1-12. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1472-6963-13-528>

Exworthy, M., Powell, M. et Glasby, J. (2017). The governance of integrated health and social care in England since 2010 : great expectations not met once again? *Health Policy*, 121(11), 1124-1130.
12. Levesque, J. F. et Sutherland, K. (2017). What role does performance information play in securing improvement in healthcare? A conceptual framework for levers of change. *BMJ Open*, 7(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014825>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2019). *Évaluation du continuum de soins et services aux aînés : perspectives pour l'évolution de la mesure*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Evaluation_continuum_aines.pdf
13. Menear, M., Blanchette, M.-A., Demers-Payette, O. et Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health Research Policy and Systems*, 17(79), 1-13.
14. Hébert, R. (2012). L'assurance autonomie : une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, 31(1), 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0714980811000614>
15. Usher, S., Denis, J.-L., Prével, J., Baker, R., Chreim, S., Kreindler, S., Breton, M. et Côté-Boileau, É. (2020). Learning from health system reform trajectories in seven Canadian provinces. *Health Economics, Policy, and Law*, 1-17. <https://doi.org/10.1017/s1744133120000225>
16. Contandriopoulos, D., Champagne, F. et Denis, J.-L. (2014). The multiple causal pathways between performance measures' use and effects. *Medical Care Research and Review*, 71(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/1077558713496320>
17. Herzberg, F. (2003). One More Time : How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*, 81(1), 87-96. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-349-02701-9_2
18. Herzberg, F. (2017). *The Motivation to Work*. Routledge.
19. Touati, N., Maillet, L., Paquette, M.-A., Denis, J.-L. et Rodríguez, C. (2019). Understanding multilevel governance processes through complexity theory : an empirical case study of the Quebec health-care system. *International Journal of Public Administration*, 42(3), 205-217. <https://doi.org/10.1080/01900692.2017.1423501>
20. Baker, R., Macintosh-Murray, A., Denis, J.-L. et Pomey, M.-P. (2010). *Effective governance for quality and patient safety in Canadian healthcare organizations*. Canadian Health Services Research Foundation.

Mannion, R. et Davies, H. (2018). Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*, 363(k4907). <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
21. Bohmer, R. M. J. (2011). The four habits of high-value health care organizations. *New England Journal of Medicine*, 365(22), 2045-2047. <https://doi.org/10.1056/nejmp1111087>

22. Chong, J. L., Lim, K. K. et Matchar, D. B. (2019). Population segmentation based on healthcare needs : a systematic review. *Systematic Reviews*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1105-6>
23. Wu, X., Ramesh, M. et Howlett, M. (2015). Policy capacity : A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. *Policy and Society*, 34(3-4), 165-171. <https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2015.09.001>

BIBLIOGRAPHIE – RAPPORTS CONSULTÉS

1. Canadian Foundation for Healthcare Improvement & Canadian Patient Safety Institute. (2020, juillet). *Reimagining Care for Older Adults : Next Steps in COVID-19 Response in Long-Term Care and Retirement Homes*.
2. International Long-Term Care Policy Network. (2020, mai). *Impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes – ongoing challenges and policy responses*.
3. Royal Society of Canada. (2020, juin). *Restoring Trust : COVID-19 and The Future of Long-Term Care*.
4. Registered Nurses' Association of Ontario. (2020, juin). *Long-Term Care Systemic Failings : Two Decades of Staffing and Funding Recommendations*.
5. Canadian Centre for Policy Alternatives. (2020, avril). *Re-imagining Long-term Residential Care in the COVID-19 Crisis*.
6. OECD. (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*.
7. BC Office of the Seniors Advocate. (2020). *A Billion Reasons to Care*.
8. Canadian Centre for Policy Alternatives. (2020). *Assisted Living in BC*.
9. Ontario Health Coalition. (2019). *Caring in Crisis : Ontario's Long-Term Care PSW Shortage*.
10. Office of the Auditor General of Ontario. (2019). *Long-term care home quality inspection program*.
11. Ernst & Young. (2019). *Alberta Health Services Performance Review*.
12. Canadian Union of Public Employees. (2019). *Crumbling Away : Saskatchewan Long-Term Residential Care Policy and Its Consequences*.
13. Ministry of Health and Wellness Panel Chair. (2018). *Minister's Expert Advisory Panel on Long-term Care in Nova Scotia*.
14. Manitoba Nurses Union. (2018). *The Future of Long-Term Care is Now : Addressing nursing care needs in Manitoba's Personal Care Homes*.
15. Canadian Association for Long-Term Care. (2017). *Caring for Canada's Seniors : Recommendations for meeting the needs of an aging population*.
16. Parkland Institute, Université de l'Alberta. (2016). *Losing Ground : Alberta's Residential Elder Care Crisis*.
17. The Conference Board of Canada. (2017). *Sizing Up the Challenge : Meeting the Demand for Long-Term Care in Canada*.
18. Association médicale canadienne. (2016). *The State of Seniors Health Care in Canada*.

19. Manitoba Coroner's Inquest and Provincial Justice Chartier's Report. (2015). *The Frank Alexander Inquest*.
20. Nova Scotia Nurses' Union. (2015). *Broken Homes : Nurses speak out on the state of long-term care in Nova Scotia*.
21. BC Ministry of Health. (2015). *Primary and Community Care in BC : A Strategic Policy Framework – Cross Sector Policy Discussion Paper*.
22. The Canadian Federation of Nurses Unions. (2015). *Before It's Too Late : A National Plan for Safe Seniors' Care*.
23. Auditor General of Alberta. (2014). *Report from the Auditor General of Alberta*.
24. The Office of the Ombudsperson of British Columbia. (2009). *Getting It Right*.

